

**Formulario Para La Elegibilidad del Paciente**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Padres/tutores:** \_\_\_\_\_

**Proveedor de Servicios:** \_\_\_\_\_

**Este paciente califica para inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para niños de Connecticut (VFC) porque él / ella (seleccione solamente uno):**

**(A) Está registrado en Medicaid** \_\_\_\_\_

**(B) No tiene seguro médico / pago propio** \_\_\_\_\_

**(C) Es Indio Americano o persona nacida en Alaska** \_\_\_\_\_

**(D) Seguro limitado: puede recibir vacunas del programa VFC (Neumococica Conjugada, la Influenza, la Hepatitis A, Rotavirus, e HPV) en un Centro de Salud que sea calificado federalmente (FQHC)** \_\_\_\_\_

**(E) \*Seguro privado** \_\_\_\_\_

\*Pacientes que tienen seguro privado pueden recibir toda las vacunas del programa VFC excepto la vacuna de Neumococica Conjugada, la Influenza, la Hepatitis A, Rotavirus, y el virus del papiloma humano (VPH). Estas vacunas son disponibles solamente para los pacientes en las categorías A, B, C, & D.

**Un historial debe de mantenerse guardado en la oficina del proveedor médico que refleje el estado de todos los pacientes que tengan dieciocho años o menos que reciben vacunas del programa VFC. El historial puede ser completado por los padres, tutores, o por el proveedor médico. El historial no tiene que estar al día a menos que el estado del niño o niña ha cambiado. Mientras que la verificación de respuesta no es requerido, si es necesario retener este historial o uno similar para cada paciente que recibe una vacuna.**